

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO ASSOCIADO À QUIMIOTERAPIA

Educational interventions that promote self-care in the person at risk of chemotherapy-associated venous thromboembolism

AUTORES:

📧 Ana Isabel Robalo Lopes Marcelino¹

Concetualização; Curadoria dos dados; Análise formal; Investigação; Metodologia; Administração; Recursos; Visualização; Redação do rascunho original; Redação – revisão e edição

📧 Patrícia Matos Martins²

Revisão e edição

📧 Ana Inês Almeida Frade³

Concetualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Software, Redação do rascunho original e Redação – revisão e edição

📧 Maria Alexandra Pinto Santos da Costa⁴

Investigação; Metodologia; Supervisão; Validação; Redação do rascunho original; Redação – revisão e edição

¹Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE (ULSAR), Barreiro, Portugal.

²ULSAR, Barreiro, Portugal.

³Hospital da Luz de Lisboa, Portugal.

⁴Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

Autor/a de correspondência:

Ana Isabel Robalo Lopes Marcelino
lopes.anisa@gmail.com



RESUMO

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) representa uma complicação frequente e grave na pessoa com doença oncológica submetida a quimioterapia, aumentando a morbilidade, mortalidade e impacto na qualidade de vida.

Objetivo: Compreender se as intervenções educativas identificadas e implementadas junto da pessoa com risco de TEV associado ao tratamento de quimioterapia são promotoras de autocuidado na prevenção e gestão desta complicação.

Metodologia: Estudo descritivo-exploratório, que incluiu uma intervenção de enfermagem estruturada em duas consultas (presencial no D1 e não presencial no D8), avaliação do risco, ensino sobre sinais e sintomas de TEV, estilos de vida saudáveis e adesão ao regime terapêutico. A amostra incluiu 16 participantes em tratamento ambulatorio.

Resultados: Melhoria dos comportamentos de autocuidado na manutenção, monitorização, gestão e confiança no autocuidado.

Conclusão: Aumento da literacia em saúde e ausência de eventos de TEV. Os dados sugerem que a intervenção educativa constitui uma estratégia eficaz na prevenção e gestão do TEV.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro; Cuidados de enfermagem; Prevenção primária e secundária; Quimioterapia; Tromboembolismo venoso.

ABSTRACT

Introduction: Venous thromboembolism represents a frequent and serious complication in the person with oncologic disease under chemotherapy, increasing morbidity, mortality and overall impact on quality of life.

Objective: To understand whether the educational interventions identified and implemented for the person at risk of chemotherapy-associated venous thromboembolism promote self-care in the prevention and management of this complication.

Methodology: Descriptive and exploratory study, which includes a nursing intervention structured in two nursing consultations (in-person at Day 1, and non-in-person at Day 8), risk assessment, education about signs and symptoms of venous thromboembolism, healthy lifestyle and therapeutic regimen adherence. The sample consists of 16 participants undergoing ambulatory treatment.

Results: Improvement of the self-care behaviour in the maintenance, monitoring, management and confidence in the self-care.

Conclusion: Improvement in the health literacy and absence of venous thromboembolic event. Data suggest that the educational intervention constitutes an effective strategy in the prevention and management of venous thromboembolism.

KEYWORDS: Antineoplastic agents; Cancer; Nursing care; Primary and secondary prevention; Venous thrombosis.

Introdução

Os casos de tromboembolismo venoso (TEV) na pessoa com doença oncológica, e em particular sob tratamento de quimioterapia (QT), estão a aumentar, associados ao aumento da sobrevivência da pessoa com cancro, ao número de tratamentos disponíveis e à eficácia dos exames complementares a que as pessoas são sujeitas periodicamente, durante o seu processo de tratamento¹. Surgem também relatos de enorme sofrimento físico e psicológico associado a estas complicações TEV². Por esta razão, torna-se urgente o conhecimento de estratégias que previnam o TEV, reduzindo a morbilidade e mortalidade, e otimizando os recursos de saúde disponíveis^{3,4}, a fim de melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica.

Em Portugal, um estudo realizado entre novembro de 2021 e setembro de 2022 avaliou 190 indivíduos antes de iniciarem tratamentos com terapêuticas antineoplásicas sistêmicas e identificou que 32,1% (n=61) destes apresentavam risco de TEV, e mesmo sob tratamento profilático com terapêutica anticoagulante, 4,2% (n=2) desenvolveram TEV⁵.

Neste sentido, importa compreender os fatores que predis põem a pessoa com doença oncológica ao desenvolvimento de TEV. As diretrizes da *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) categorizam estes fatores em três categorias: a pessoa, o cancro e o tratamento⁽⁴⁾. O risco é maior com a idade, perante história familiar ou adquirida de hipercoagulabilidade, comorbilidades médicas (infecção, doença renal ou pulmonar, TEV anterior), hospitalização com imobilidade prolongada, obesidade, hábitos tabágicos, níveis baixos de atividade ou exercício físico^{4,6}. Os três últimos fatores de risco estão relacionados com os estilos de vida de cada pessoa pelo que podem ser modificados⁴. O risco é também maior na doença oncológica avançada e alguns tumores são considerados de elevado risco nomeadamente, os cerebrais, pancreáticos, uroteliais, útero, ovários, pulmões, linfomas e testículos^{4,6}. Considera-se de menor risco, os tumores da mama e próstata, pelo que não se verifica o mesmo risco para todas as pessoas¹. Por último, os fatores identificados sobre o

tratamento são: cirurgia, cateteres venosos centrais, QT e outras terapêuticas antineoplásicas sistêmicas, como, inibidores da proteína-quinase, imunoterapia, hormonoterapia, terapêutica inibidora da angiogénese^{4,6}. As terapêuticas antineoplásicas danificam os tecidos endoteliais, promovem a ativação da coagulação e das plaquetas que contribuem para o desenvolvimento de trombos, dos quais se destacam o grupo farmacológico dos alquilantes, em particular, os sais de platina⁷.

A pessoa em tratamento com QT ou terapêutica-alvo apresenta um risco 12 vezes maior do que o da população em geral de desenvolver TEV, embora o tratamento com QT seja o mais frequente⁸. O TEV pode impactar o percurso da pessoa com doença oncológica em tratamento, ao comprometer os seus tratamentos oncológicos, ou suspendê-los por completo, para além de que o atraso no diagnóstico pode ter resultados irreversíveis e complicações crónicas debilitantes⁹, nomeadamente, síndrome pós-trombótica, hipertensão pulmonar, TEV recorrente e hemorragia, contribuindo para aumentar o risco de morte precoce¹⁰.

A pessoa com doença oncológica em risco ou com TEV deve adotar comportamentos que mitiguem esse risco, mas também, que permitam prevenir, vigiar e gerir os efeitos adversos a longo prazo¹¹. Posto isto, a pessoa deve adquirir novas competências de autocuidado, pelo que se selecionou a Teoria de Médio Alcance do Autocuidado de Riegel et al., que define o autocuidado como um processo de manutenção da saúde por meio de comportamentos promotores de saúde e gestão da doença¹². Esta teoria de médio alcance tem origem na Teoria de Autocuidado de Dorothea Orem, mas distingue-se da mesma, por se focar apenas nas necessidades de autocuidado dos indivíduos com doenças crónicas¹².

A Teoria de Médio Alcance do Autocuidado de Riegel et al. é constituída por três elementos: Manutenção, Monitorização e Gestão do autocuidado¹². A manutenção do autocuidado caracteriza-se pelos comportamentos que a pessoa realiza, com o intuito de preservar a sua saúde e estabilidade física e emocional, podendo ser autodetermi-

nados ou incentivados pela equipa de saúde¹². O segundo elemento envolve o processo de vigilância corporal, com o objetivo de reconhecer de imediato alterações, pois o reconhecimento precoce de sinais e sintomas dará início ao processo de tomada de decisão, essencial na prevenção de complicações¹². Por último a gestão do autocuidado, caracterizada pela avaliação das mudanças físicas e emocionais, simulação de opções e determinação da ação¹². Este último processo implica uma implementação e avaliação da ação, com o intuito de validar a ação para uma situação futura¹².

Para avaliar a capacidade da pessoa com doença oncológica as autoras da Teoria de Médio Alcance do Autocuidado de Riegel et al.¹² propõem e disponibilizam¹³, cinco instrumentos validados. Selecionou-se o Inventário do autocuidado da doença crónica (SC-II), traduzido do *Self-Care of Chronic Illness Inventory*, porque permite avaliar o autocuidado na pessoa com uma ou mais doenças crónicas, disponível e traduzido em língua portuguesa. Este instrumento é um formulário, de autopreenchimento, mas pode ser usado como questionário, e prevê-se que o seu total preenchimento dure em média cerca de dez minutos¹³. Este instrumento usa uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos com 19 itens divididos em três escalas: manutenção do autocuidado com 7 itens, monitorização do autocuidado com 5 itens e a gestão do autocuidado com 6 itens¹³. No fim deste instrumento, encontra-se ainda a Escala de Confiança no autocuidado, que inclui 10 itens¹³. Esta escala avalia a confiança que o próprio tem em realizar com sucesso mudanças no estilo de vida, o que melhora o autocuidado¹³, pelo que pode ser necessário aumentar a confiança da pessoa com doença crónica, para que adote comportamentos essenciais à estabilização da doença¹⁴.

A pontuação do instrumento SC-CII deve ser calculada separadamente para cada escala, e deve ser transformada numa pontuação padronizada que vai de 0 a 10013. No que concerne à interpretação dos resultados, verifica-se que os autores Riegel et al. ainda estão a desenvolver pontuações normativas, embora alguns autores estejam a considerar o ponto de corte ≥ 70 , determinado como comportamento de autocuidado adequado¹³.

Apoiado nesta teoria, o enfermeiro deve desenvolver uma intervenção especializada, em parceria com a pessoa com doença oncológica, que incida sobre áreas como a prevenção do TEV na pessoa em tratamento com QT, a promoção de estilos de vida saudáveis e a adesão ao regime terapêutico, para capacitar a pessoa para a manutenção, monitorização e gestão do seu autocuidado.

Posto isto, o presente estudo teve como objetivo compreender se as intervenções educativas identificadas e im-

plementadas junto da pessoa com risco de TEV associado ao tratamento de QT são promotoras de autocuidado, no âmbito da prevenção e gestão desta complicação e se melhoraram os resultados em saúde.

Questões de Investigação/Hipóteses

As intervenções educativas de enfermagem desenvolvidas à pessoa com doença oncológica, com risco de tromboembolismo venoso associado ao tratamento de QT, promovem comportamentos adequados de manutenção, monitorização e gestão do autocuidado?

Metodologia

Estudo descritivo e exploratório que visa a identificação e o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os comportamentos de autocuidado na pessoa com doença oncológica com risco de TEV associado ao tratamento de QT¹⁵. Os resultados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva.

Este processo teve início na elaboração de uma Revisão *Scoping*¹⁶, da qual se obteve uma listagem de 43 intervenções de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão do TEV na pessoa com doença oncológica em tratamento de QT. Estas foram validadas através do método de *Delphi*, recorrendo a um questionário e para cada uma delas foi solicitado a cada perito qual o nível de concordância sobre essa intervenção, utilizando uma escala do tipo *Likert*, desde “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, com espaços para observações, comentários e opiniões.

O grupo de peritos foi selecionado por amostra de conveniência¹⁷, e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: formação em enfermagem na área oncológica e experiência profissional igual ou superior a 5 anos, na área da administração de QT. Estes enfermeiros foram contactados previamente, tendo sido explicada a finalidade do projeto e o objetivo desta etapa. Dos 20 peritos contactados em três instituições de Lisboa e Vale do Tejo, foram obtidas 14 respostas, equivalente a 70,0% dos participantes.

Previamente foram definidos os níveis de consenso, em que para um nível máximo de consenso todos os peritos participantes (100%) deveriam ter concordado totalmente com a proposição; para um nível de consenso elevado 75,0% ou mais dos peritos teriam de selecionar as opções de “concordo” ou “concordo totalmente”; e que para um nível moderado de consenso, 75,0% ou mais dos peritos teriam de selecionar as opções “concordo parcialmente” ou “concordo”. Proposições que apresentassem

75,0% das respostas dos peritos nas opções “discordo totalmente” a “sem opinião” seriam excluídas.

Apesar de na técnica de *Delphi* serem utilizadas duas ou mais rondas de questionários¹⁸, devido à concordância dos sujeitos, só foi realizada uma primeira volta. A partir das intervenções de enfermagem validadas foram elaborados dois algoritmos: 1) para a tomada de decisão relativamente à avaliação e prevenção do tromboembolismo venoso na pessoa com doença oncológica sob QT; 2) tomada de decisão no âmbito da gestão do tromboembolismo venoso na pessoa com doença oncológica sob tratamento de QT.

População e amostra

Os critérios de inclusão foram: pessoas maiores de 18 anos, sem limite máximo de idade, independentemente do diagnóstico da doença oncológica, a realizar o primeiro ciclo de qualquer tratamento com QT, no serviço de oncologia, em regime de ambulatório. Assim constituiu-se uma amostra não probabilística, de conveniência¹⁷. O período temporal selecionado para a realização do estudo foi de 26 de janeiro de 2024 a 23 de fevereiro de 2024.

Procedimento e Recolha de Dados

O procedimento incluiu a realização de formação a toda a equipa de enfermagem sobre a avaliação do *Score Khorana*²¹, a educação e as ações de vigilância no âmbito da prevenção e gestão do TEV na pessoa com doença oncológica em tratamento com QT, bem como sobre o SC-II¹³, o que permitiu sistematizar a intervenção da equipa.

A colheita de dados foi realizada em dois momentos: na consulta de enfermagem no primeiro dia do tratamento, na modalidade presencial (D1); e oitavo dia do tratamento na consulta de enfermagem, na modalidade não presencial (D8). Aos 16 sujeitos que estiveram na consulta D1 foi aplicado o “guião I: Dia de início de QT”. A primeira secção permite a colheita de dados sobre os dados sociodemográficos da pessoa com doença oncológica e incluíram-se: a) a escolaridade; b) género; c) a idade. A segunda secção inclui a colheita de dados sobre a informação clínica relevante para o desenvolvimento de TEV e para a promoção do autocuidado. Assim incluiu-se: a) diagnóstico oncológico; b) biomarcadores, relevantes para a avaliação do risco de TEV; c) antecedentes pessoais; d) objetivo do tratamento; e) protocolo terapêutico; f) realização de atividade física; g) terapêutica anticoagulante; h) toma regular da terapêutica; i) conhecimento sobre o TEV. Estes três últimos itens foram incluídos por serem determinantes para a promoção do autocuidado no que

concerne à administração e adesão à terapêutica^{19,20}. Este guião incluiu também o *Score Khorana*²¹ e o SC-II¹³. Todos os indivíduos com pontuação ≥ 2 pontos no *Score Khorana* foram referenciados para um médico oncologista de referência na área do TEV ou, na sua ausência, para o médico assistente da pessoa com doença oncológica.

No D8 foram avaliados os mesmos sujeitos com o instrumento, “guião II: Oitavo dia de tratamento – Consulta subsequente de gestão de sintomas”. Este inclui uma colheita de dados sobre sinais e sintomas de TEV, e outra sobre estratégias adotadas pelo indivíduo para prevenção do TEV, nomeadamente: a) conhecimento e adesão à terapêutica anticoagulante; b) conhecimento e comportamento de hidratação; c) conhecimento e comportamento relacionado com a atividade física; d) Conhecimento e comportamento sobre a cessação tabágica. Incluiu-se por último o SC-II para reavaliar o potencial de desenvolver comportamentos de autocuidado¹³.

Os dados foram registados nos guiões e no registo informático recorrendo ao SClinico e à linguagem CIPE®, por fazer parte do registo da avaliação e educação dos cuidados de enfermagem, respeitando o procedimento setorial implementado no serviço. Posteriormente, os dados foram inseridos na matriz de colheita de dados, e procedeu-se a uma análise estatística com recurso ao programa Microsoft Excel®.

Considerações éticas

Neste estudo foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição e foi salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Resultados

A apresentação dos resultados divide-se em 3 áreas: Caracterização da amostra, estratificação do risco e TEV, e por último o processo de autocuidado.

Caracterização da amostra

A amostra de conveniência obtida foi de 16 pessoas (12 homens e 4 mulheres), com idades compreendidas entre os 48 e 82 anos. Relativamente à escolaridade, verificou-se que 75,0% dos sujeitos tinham o ensino básico (seis o 1º ciclo, dois o 2º ciclo e quatro o 3º ciclo), 12,50% (n=2) o ensino superior, 6,25% (n=1) o ensino secundário e 6,25% (n=1) o analfabetismo.

Nesta amostra confirma-se que 81,25% (n=13) dos sujeitos apresentavam pelo menos um antecedente de saúde: 31,25% (n=5) tinham cateter venoso central totalmente implantado; 25,0% (n=4) apresentavam consumo

de tabaco ativo, e o mesmo valor para diabetes e IMC > 25kg/m²; 18,75% (n=3) tinham internamento recente; 6,25% (n=1) tinha uma infecção recente diagnosticada; igual número, tinham estado acamados por um período superior a 3 dias, durante o último internamento. Ninguém apresentou como antecedente história anterior de TEV, como pode ser confirmado na tabela 1.

Relativamente ao objetivo do tratamento de QT, observou-se que 75% (n=12) dos sujeitos realizavam tratamento com o objetivo paliativo, 18,75% (n=3) intuito neoadjuvante e 6,25% (n=1) adjuvante. Verificou-se ainda que 87,50% (n=14) dos sujeitos apresentavam protocolos com QT combinada. Sobre os protocolos constatou-se que 50,0% (n=8) dos sujeitos apresentavam fármacos pertencentes ao grupo sais de platina (25,0% carboplatina e 25,0% oxaliplatina), ao passo que 12,5% (n=2) da amostra continham antimetabolitos (gemcitabina). No entanto, 37,5% (n=6) dos sujeitos apresentavam protocolos terapêuticos com grupos farmacológicos com baixa relação com o desenvolvimento de TEV, como descrito na Tabela 1.

Em relação ao diagnóstico médico, 31,25% (n=5) dos sujeitos têm diagnóstico de adenocarcinoma do cólon, 12,5% (n=2) adenocarcinoma pulmonar, e o mesmo resultado para adenocarcinoma do pâncreas e gástrico, ao passo que 6,25% (n=1) apresentava carcinoma do colo do útero, e o mesmo resultado para adenocarcinoma do reto, da mama, da próstata e carcinoma das células renais.

Na amostra, 50,0% (n=8) dos sujeitos tinham marcadores biológicos preditivos de TEV: 25,00% apresentavam plaquetas $\geq 350 \times 10^9/L$; 18,75% (n=3) hemoglobina <10g/dl; 6,25% (n=1) leucócitos >11x10⁹/L (n=4). Os restantes 50,0% (n=8) dos sujeitos não apresentavam qualquer marcador biológico preditivos de TEV.

Estratificação do risco e TEV

A estratificação do risco de TEV na pessoa com doença oncológica revelou que 43,75% (n=7) dos sujeitos apresentavam valores mais elevados. Destes, 31,25% (n=5) apresentavam risco intermédio (SK 2 pontos), e 12,5% (n=2) risco alto (SK ≥ 3 pontos). Destes, 6,25% (n=1) tinham prescrição de anticoagulante, na consulta de enfermagem no D1. Dos sujeitos com risco de TEV mais elevado (N=7), 85,71% (n=6) foram referenciados para o médico da área do tromboembolismo, para decisão sobre terapêutica profilática com anticoagulante. Os restantes participantes, 56,25% (n=9), apresentavam baixo risco de TEV, ou risco intermédio (SK=1 ponto), sem necessidade de avaliação médica, mas em seguimento na consulta de enfermagem. Descrito na Tabela 1.

Ao nível do conhecimento da amostra sobre o tromboembolismo venoso no D1 constatou-se que 25,0% (n=4) dos sujeitos tinham conhecimento destas complicações, adquirido anteriormente numa consulta médica ou de enfermagem.

Processo de Autocuidado

A intervenção do enfermeiro em D1 está representada na Tabela 2, e foi de 100,0% no âmbito da: “educação sobre hidratação”, “educação sobre as vantagens e benefícios da atividade física regular”, “ensino sobre sinais e sintomas de TEV” e “identificação de sinais e sintomas de TEV”. Na presente amostra, 25,0% (n=4) dos sujeitos apresentavam antecedentes de tabagismo, tendo sido realizada uma intervenção breve de “educação sobre a cessação tabágica”.

Ao passo que no D8 foram avaliados sinais e sintomas de TEV e ninguém apresentou sinais ou sintomas de TEV. No que respeita aos comportamentos adotados pelos sujeitos no D8 para prevenção do TEV, verificou-se que: 68,75% (n=11) destes adotaram a hidratação; 56,25% (n=9) adotaram a atividade física regular, e igual número evitou permanecer sentado por períodos superiores a 1h.

Quanto à intervenção educativa de promoção do autocuidado do enfermeiro em D8, verifica-se que: 68,75% (n=11) dos sujeitos receberam “ensino sobre sinais e sintomas de TEV”, 62,5% (n=10) tiveram “educação sobre vantagens e benefícios da atividade física”, 50,0% (n=8) receberam “educação sobre hidratação” e 37,5% (n=6) sobre “identificação de sinais e sintomas de TEV”.

Das 4 pessoas com hábitos tabágicos ativos, observou-se no D8 que 75,00% (n=3) mantinham consumos regulares, pelo que foi realizada “educação sobre cessação tabágica”.

Relativamente aos sujeitos com risco intermédio a alto de desenvolver TEV (n=7), constatou-se que 57,14% (n=4) estavam-se a realizar terapêutica profilática com anticoagulante: 3 sujeitos com heparina de baixo peso molecular e 1 sujeito com inibidores diretos do fator X ativado. Verificou-se que 42,90% (n=3) dos sujeitos apresentavam défice de conhecimento, e foi promovida a intervenção “educação sobre medicação anticoagulantes”.

Quanto à avaliação do processo de autocuidado usado pela pessoa com doença oncológica, foi aplicado o SC-II no D1 e no D8, cujos resultados podem ser consultados na Tabela 3 e 4 em apêndice. Embora o Quadro 1 resuma a média e o desvio padrão dos valores obtidos.

Quadro 1. Resultados do Inventário do autocuidado de doença crônica nas consultas de D1 e D8.

INVENTÁRIO DO AUTOCUIDADO DE DOENÇA CRÔNICA V.4C- VERSÃO PORTUGUESA (SC-II)	D1		D8	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Secção A - Manutenção do Autocuidado	61,83	14,87	68,75	15,39
Secção B - Monitorização do Autocuidado	47,50	30,37	60,31	27,01
Secção C - Gestão do Autocuidado	55,31	34,03	64,38	30,97
Secção D - Escala de Confiança do Autocuidado	64,22	16,88	71,56	18,75

No que respeita aos valores obtidos sobre o autocuidado na doença crônica, observa-se uma melhoria da pontuação média de todas as secções em D8; manutenção, monitorização, gestão e confiança no autocuidado.

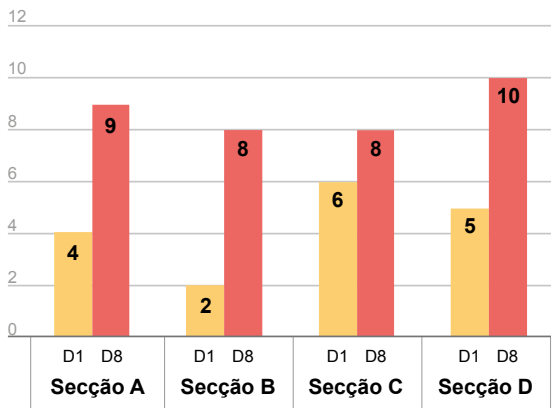


Gráfico 1. Número de pessoas com comportamento adequado em D1 e D8.

Ao analisar os comportamentos de autocuidado adequados (≥ 70 pontos) na amostra, observa-se que em D8, um maior número de pessoas apresentou níveis considerados adequados; 56,25% ($n=9$) sujeitos na secção A, 50,0% ($n=8$) dos sujeitos na secção B, 50,0% ($n=8$) dos sujeitos na secção C e 62,5% ($n=10$) dos sujeitos na secção D.

Discussão

Este estudo pretendia compreender se as intervenções educativas de enfermagem, no âmbito da prevenção e gestão do TEV, melhoravam o autocuidado da pessoa com doença oncológica em tratamento de QT. O autocuidado pode ser promovido pelo próprio, familiares ou

profissionais, com o propósito de controlar complicações físicas, psicológicas e efeitos secundários associados aos tratamentos, o que proporciona uma melhoria dos resultados em saúde e na qualidade de vida da pessoa²². Esta discussão será constituída por três dimensões: caracterização da amostra do estudo, estratificação do risco e TEV e processo de autocuidado.

Caracterização da amostra do estudo

Na presente amostra existe um predomínio do género masculino, embora o género feminino seja identificado por alguns autores^{23,24} como potencial risco para o desenvolvimento de TEV. Alguns autores reconhecem também que a idade pode ser um fator a considerar, visto que a idade avançada poderá impactar o desenvolvimento de TEV face a idades mais jovens⁶, verificando-se uma amostra com média de 65 anos.

Os fatores de risco mais referidos, na literatura, para o desenvolvimento de TEV^{4,10,21,25} são o diagnóstico oncológico, a doença metastática e os tratamentos com terapêuticas antineoplásicas sistêmicas^{4,7,21}. No presente estudo, destacaram-se os tumores pancreáticos, gástrico, pulmão e geniturinário, à exceção da próstata^{4,6}, presente em 50,00% dos sujeitos. Ao passo que sobre a doença metastática^{4,7}, observou-se um predomínio do tratamento paliativo, com o intuito de diminuir e/ou controlar a doença metastática²⁶ ou incurável⁴. No que concerne aos tratamentos realizados para a doença oncológica⁷, destacou-se a utilização de fármacos combinados, visto que 87,50% ($n=14$) dos sujeitos tinham protocolos combinados com diversos fármacos antineoplásicos, o que corrobora a literatura mais recente²⁷. Embora importe referir que nem todos os fármacos apresentam a mesma predição para o desenvolvimento de TEV⁷, enalteçamos os fármacos com maior relevância para o desenvolvimento destas complicações, o grupo dos sais de platina, e a gemcitabina (grupo dos antimetabolitos), presentes em 68,75% dos sujeitos nesta amostra.

Estratificação do risco e TEV

A estratificação do risco de TEV foi realizada com recurso do *Score Khorana*²¹ e evidenciou que o risco destas complicações é variável nas pessoas com doença oncológica em tratamento de QT^{10,25}, pelo que é determinante a identificação daqueles com risco intermédio a elevado ($SK \geq 2$ pontos) para tromboprolifaxia terapêutica. Neste sentido é fundamental a intervenção multidisciplinar, utilizada neste estudo, e por Holmes et al., que ao promover a estratificação do risco e a educação, melhorou as taxas de profilaxia terapêutica¹⁹.

O TEV é desconhecido para um elevado número de pessoas com doença oncológica^{2,28}, também evidenciada neste estudo, visto que apenas 4 sujeitos demonstraram ter conhecimento sobre esta complicação. Embora alguns estudos destaquem que as pessoas diagnosticadas com TEV, durante o seu tratamento, preferiam ter recebido informação sobre o TEV para reconhecimento precoce dos sintomas^{2,28}.

O período de maior risco para o desenvolvimento de TEV são os primeiros seis meses após o diagnóstico, ou de progressão da doença oncológica²⁹, porém, Mulder et al.⁸, obteve resultados mais específicos e determina o 3º e 12º mês após diagnóstico da doença. Considerando estes dados, na teleconsulta no D8 não foram identificados sinais nem sintomas de TEV.

Processo de Autocuidado

Níveis baixos de educação sobre o TEV aumenta o sofrimento da pessoa com doença oncológica perante o diagnóstico destas complicações, e atrasa a procura de cuidados de saúde^{2,28}. Esta educação deve ser adaptada às necessidades de aprendizagem e ao nível de alfabetização em saúde de cada indivíduo⁹. Posto isto, e considerando que 81,25% dos sujeitos apresentam um baixo nível de escolaridade, as sessões educativas realizadas pelos enfermeiros privilegiaram a linguagem verbal e a escrita simples.

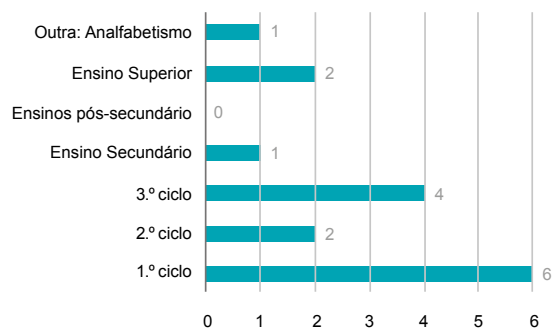


Gráfico 2. Distribuição da amostra, de acordo com a escolaridade dos sujeitos.

O foco das sessões educativas no D1 foi: a) importância da hidratação; b) benefícios de manter a atividade física; c) sinais e sintomas de TEV; c) cessação tabágica, circunscrita aos 4 sujeitos com hábitos tabágicos. Uma vez que deve ser promovida uma intervenção que englobe os fatores modificáveis, como a obesidade ou excesso de peso, a atividade física e o tabagismo⁴, pois contribuem para a estabilidade física e emocional da pessoa com doença crónica¹².

O IMC é um fator alvo de alguma discordância entre a literatura, visto que alguns autores^{4,6,21} consideram como fator preditivo a obesidade ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$), outros³⁰ consideram existir risco perante $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$, verificando-se este dado em 4 sujeitos nesta amostra. Contudo, existe ainda alguma evidência que relata que a caquexia também pode estar relacionada com o tromboembolismo na pessoa com doença oncológica³¹, embora nenhum indivíduo tenha integrado o estudo.

No que respeita ao tabagismo é unânime^{4,30} que aumenta, até 50,0%³² o risco de desenvolver TEV, e foi um fator identificado em 4 pessoas e após intervenção educativa conseguiu-se modificar o comportamento de uma, que se traduziu na redução do consumo de tabaco em D8.

Na teleconsulta no D8 foi possível constatar que a maioria dos sujeitos adquiriu algum comportamento após a sessão educativa, apesar de ter sido necessário reforçar ensinamentos, em particular, a atividade física, porque 62,50% dos sujeitos, “permaneciam sentados ou deitados por mais de 1h seguida”, por fadiga associada aos tratamentos²⁶. Embora seja um efeito frequentemente relatado, o exercício físico revela mitigar alguns efeitos adversos associados aos tratamentos, como a fadiga³³ e potencia um efeito anti-inflamatório³⁴, importante na prevenção do TEV.

Destaca-se também que, dos sujeitos referenciados para a consulta médica de risco tromboembólico, 4 deles beneficiaram de profilaxia com terapêutica anticoagulante¹⁰. Para assegurar a correta administração do anticoagulante foram seguidos em consulta de enfermagem, a fim de promover a correta administração e melhorar a adesão à terapêutica, visto que melhora os resultados em saúde e diminui as complicações associadas ao TEV^{5,9}.

Relativamente aos comportamentos comuns de autocuidado na pessoa com doença oncológica, em D1 e D8, considerando o gráfico 1 e o ponto de corte ≥ 70 , para o comportamento de autocuidado adequado¹³, constata-se que as pontuações das quatro escalas, da manutenção, da monitorização, da gestão e da confiança no autocuidado¹³, melhoraram após a intervenção de enfermagem, inserida na equipa multidisciplinar. Embora se destaque a escala de autoconfiança em D8, que traduz um maior número de pessoas com capacidade para realizarem com sucesso mudanças no estilo de vida, e assim melhorarem os comportamentos de autocuidado¹³. Seguem-se os resultados referentes à manutenção do autocuidado, que se traduz por comportamentos que promovem a estabilidade física e emocional da doença crónica^{12,13}. Dados relevantes, visto a literatura descrever que os sujeitos dominam primeiro a manutenção do autocuidado, porque permite desenvolver

o conhecimento determinante para dominar os elementos seguintes (monitorização e gestão do autocuidado)³⁵.

Em contrapartida, os resultados mais baixos foram referentes às escalas da monitorização do autocuidado, que diz respeito à avaliação contínua do estado de saúde, e a gestão do autocuidado que abrange a seleção criteriosa das opções de tratamento e a reflexão se é um cuidado a manter ou a descartar^{12,13}. Destaca-se ainda que os três sujeitos com os valores mais baixos nas secções A, B e C, apresentavam também um valor mais baixo na secção D (tabela 3,4), corroborando que níveis baixos na escala de autoconfiança, podem comprometer o comportamento de autocuidado¹³.

As limitações do estudo prenderam-se com a reduzida dimensão da amostra que pode comprometer a generalização dos resultados obtidos, bem como a duração do estudo, 5 semanas, parece ter sido insuficiente para adquirir comportamentos de autocuidado, no âmbito da manutenção, monitorização e gestão do autocuidado, o que poderá ter contribuído para os resultados obtidos¹³.

Conclusão

O presente estudo pretendeu inquirir se as intervenções educativas de enfermagem dirigidas à pessoa com doença oncológica com risco de TEV associado ao tratamento de QT seriam promotoras de comportamentos de autocuidado. Um estudo descritivo e exploratório que contou com uma abordagem multidisciplinar no âmbito da prevenção e da gestão do TEV na pessoa em tratamento de QT, em contexto de ambulatório.

O TEV impacta a qualidade de vida da pessoa em tratamento de QT, pelo que sublinhamos a pertinência de abordar o TEV na pessoa com doença oncológica em tratamento de QT, a sua estratificação do risco, educação dirigida aos fatores modificáveis e a educação sobre a identificação precoce de sinais e sintomas e acompanhamento regular em consulta de enfermagem.

O conhecimento obtido neste artigo permite aos profissionais compreender que todas as pessoas em tratamento de QT beneficiam de uma intervenção educativa sistematizada de enfermagem, visto melhorar a confiança dos sujeitos e aumentar a capacidade de autocuidado, imprescindível na estabilidade da doença oncológica.

Consideramos que os dados obtidos estão de acordo com a evidência científica, embora os resultados do autocuidado adequado tenham sido em número reduzido. Neste sentido, sugere-se que investigações futuras incluam uma amostragem maior e que o período destinado ao estudo seja mais alargado, para que possa haver mudanças de comportamento mais significativas.

Referências Bibliográficas

1. Mahajan A, Brunson A, Adesina O, Keegan T, Wun T. The incidence of cancer-associated thrombosis is increasing over time. *Blood Adv*. 2022;6(1):307–20. doi:10.1182/bloodadvances.2021005590.
2. Noble S, Prout H, Nelson A. Patients' experiences of living with cancer-associated thrombosis: the PELICAN study. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:337–45. doi:10.2147/PPA.S79373.
3. Bayadinova J, Sardo L, Penton L, Jenkins S. "Spot the CLOT": awareness of cancer-associated thrombosis in healthcare providers. *Can Oncol Nurs J*. 2022;32(2):325–30. doi:10.5737/23688076322325330.
4. Streiff MB, Holmstrom B, Angelini D, Ashrani A, Elshoury A, Fanikos J, et al. Cancer-associated venous thromboembolic disease, version 2.2021, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2021;19(10):1181–201. doi:10.6004/jnccn.2021.0047.
5. Gramaça J, Lopes A, Ganhão M, Gonçalves J, Gameiro R, Fernandes I, et al. Practical model for implementation of cancer-associated thrombosis prevention in the outpatient setting. *Thromb Update*. 2024;16:100179.
6. Razak NBA, Jones G, Bhandari M, Berndt MC, Metharom P. Cancer-associated thrombosis: an overview of mechanisms, risk factors, and treatment. *Cancers (Basel)*. 2018;10(10):380. doi:10.3390/cancers10100380.
7. Grover SP, Hisada Y, Kasthuri RS, Reeves BN, Mackman N. Cancer therapy-associated thrombosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2021;41(4):1291–305. doi:10.1161/ATVBAHA.120.314378.
8. Mulder FI, Horváth-Puhó E, van Es N, van Laarhoven HWM, Pedersen L, Moik F, et al. Venous thromboembolism in cancer patients: a population-based cohort study. *Blood*. 2021;137(14):1959–69. doi:10.1182/blood.2020007338.
9. Bayadinova J, Sardo L, Higgins-Nogareda V, Scott J, MacKinnon B. "Spot the CLOT": what cancer patients want to know. *Can Oncol Nurs J*. 2022;32(1):145–50. doi:10.5737/23688076321145150.
10. Lyman GH, Carrier M, Ay C, Di Nisio M, Hicks LK, Khorana AA, et al. American Society of Hematology 2021 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention and treatment in patients with cancer. *Blood Adv*. 2021;5(4):927–74. doi:10.1182/bloodadvances.2020003442.
11. Biagioli V, Drury A, Wells M, Eicher M, Kelly D. Self-care and cancer: comment on Riegel et al. (2020) "Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: a scoping review". *Int J Nurs Stud*. 2021;115:103861. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103861.
12. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci*. 2012;35(3):194–204. doi:10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
13. Riegel B, Matarese M, Barbaranelli C, Luciani M, Ausili D, Dickson VV, et al. Measuring self-care: a description of the family of disease-specific and generic instruments based on the Theory of Self-Care of Chronic Illness. *J Cardiovasc Nurs*. 2025;40(5):88. doi:10.1097/JCN.0000000000001146.
14. Massouh A, Skouri H, Cook P, Huijter HAS, Khoury M, Meek P. Self-care confidence mediates self-care maintenance and management in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2020;49(1):30–5. doi:10.1016/j.hrtlng.2019.07.008.
15. Hunter DJ, McCallum J, Howes D. Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *J Nurs Health Care*. 2019;4(1).
16. Marcelino A, Martins P, Frade A, Miguel S, Costa M. Nursing interventions for people at risk of venous thromboembolism associated with chemotherapy: scoping review. *OncoNews*. 2025;(50):95.
17. Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2020.
18. Pereira RDM, Alvim NAT. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):174–80. doi:10.5935/1414-8145.20150024.

19. Holmes CE, Ades S, Gilchrist S, Douce D, Libby K, Rogala B, et al. Successful model for guideline implementation to prevent cancer-associated thrombosis: venous thromboembolism prevention in the ambulatory cancer clinic. *JCO Oncol Pract*. 2020;16(9):74. doi:10.1200/JOP.19.00697.
20. Sevestre MA, Gaboreau Y, Douriez E, Bichon V, Bozec C, Gendron P, et al. Care pathways for patients with cancer-associated thrombosis: from diagnosis to long-term follow-up. *Arch Cardiovasc Dis*. 2024;117(1):6–15. doi:10.1016/j.acvd.2023.11.003.
21. Khorana AA. Cancer and thrombosis: implications of published guidelines for clinical practice. *Ann Oncol*. 2009;20(10):1619–30. doi:10.1093/annonc/mdp068.
22. Rakhshani T, Najafi S, Javady F, Taghian A, Mohammadkhah F, Jethooni AK. The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: a randomized clinical trial. *BMC Cancer*. 2022;22:770. doi:10.1186/s12885-022-09881-x.
23. Falanga A, Russo L, Milesi V, Vignoli A. Mechanisms and risk factors of thrombosis in cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2017;118:79–83. doi:10.1016/j.critrevonc.2017.08.003.
24. Wang R, Liu R, Zhao L, Xu D, Hu L. Influence of type 2 diabetes mellitus on Khorana venous thromboembolism risk in colorectal cancer patients. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017;109(7):503–9. doi:10.17235/reed.2017.5037/2017.
25. Key NS, Khorana AA, Kuderer NM, Bohlke K, Lee AYY, Arcelus JL, et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol*. 2023;41(16):3063–71. doi:10.1200/JCO.23.00294.
26. Cardeira A, Amorim A, Silva C, Valério E, Penaforte M. Guia orientador de boas práticas na administração de terapêuticas antineoplásicas sistêmicas à pessoa com doença oncológica [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2023 [cited 2024 Apr 13]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29937/gobp_doncologica_ok.pdf
27. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. Noções básicas de oncologia para jovens enfermeiros [Internet]. Domingues B, Cardoso F, Araújo J, Frade I, Ferreira M, Costa S, et al., editors. Porto: Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa; 2020 [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.aeop.pt/ficheiros/NocoasBasicasOncologia.pdf>
28. Noble S, Nelson A, Scott J, Berger A, Schmidt K, Swarnkar P, et al. Patient experience of living with cancer-associated thrombosis in Canada (PELICANADA). *Res Pract Thromb Haemost*. 2020;4(1):154–60. doi:10.1002/rth2.12274.
29. Navi BB, Reiner AS, Kamel H, Iadecola C, Okin PM, Elkind MSV, et al. Risk of arterial thromboembolism in patients with cancer. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(8):926–38. doi:10.1016/j.jacc.2017.06.047.
30. Haggstrom L, Parmar G, Brungs D. Central venous catheter thrombosis in cancer: a multi-centre retrospective study investigating risk factors and contemporary trends in management. *Clin Med Insights Oncol*. 2020;14:1179554920953097. doi:10.1177/1179554920953097.
31. Liz-Pimenta J, Tavares V, Neto B, Santos J, Guedes C, Araújo A, et al. Thrombosis and cachexia in cancer: two partners in crime? *Crit Rev Oncol Hematol*. 2023;186:103996. doi:10.1016/j.critrevonc.2023.103996.
32. Paulsen B, Gran OV, Severinsen MT, Hammerstrøm J, Kristensen SR, Cannegieter SC, et al. Association of smoking and cancer with the risk of venous thromboembolism: the Scandinavian Thrombosis and Cancer cohort. *Sci Rep*. 2021;11(1):18752. doi:10.1038/s41598-021-98062-0.
33. Feng Y, Feng X, Wan R, Luo Z, Qu L, Wang Q. Impact of exercise on cancer: mechanistic perspectives and new insights. *Front Immunol*. 2024;15:1438348. doi:10.3389/fimmu.2024.1438348.
34. Silva SP, Santos JMO, Silva MP, Costa RMG, Medeiros R. Cancer cachexia and its pathophysiology: links with sarcopenia, anorexia and asthenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2020;11(3):619–35. doi:10.1002/jcsm.12528.
35. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Strömberg A. Integrating symptoms into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Adv Nurs Sci*. 2019;42(3):206–15. doi:10.1097/ANS.000000000000237.

Financiamento

Esta investigação não recebeu nenhuma concessão específica de agências de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Aprovação pela Comissão de Ética

Estudo aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, com o parecer n.º 24/002.

Autorizada a utilização dos instrumentos *Score Khorana* e do *SC-II*, neste estudo.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse em relação à publicação deste artigo.

Apêndices

Tabela 1, tabela 2, tabela 3 e tabela 4.

Apêndices, Anexos e Glossários e outros materiais

Tabela 1. Dados referentes à caracterização da amostra e estratificação do risco de TEV.

	D1					D8	
	Dados	n	%	Terapêutica Anticoagulante (n)	Consulta Médica de Risco Tromboembólico (n)	Terapêutica Anticoagulante (n)	Educação sobre medicação anticoagulante (n)
Idade	40-49	1	6,25%				
	50-59	5	31,25%				
	60-69	6	37,75%				
	70-79	3	18,75%				
	80-89	1	6,25%				
Score Khorana	Baixo risco (0)	6	37,5%	**	**	**	**
	Risco intermédio (1)	3	18,75%	**	**	**	**
	Risco intermédio (2)	5	31,25%	1	6	4	3
	Alto risco (≥ 3)	2	12,5%				
Antecedentes	Tabagismo	4	25,00%				
	Cateter venoso central	5	31,25%				
	Diabetes	4	25,00%				
	IMC > 25kg/m ²	4	25,00%				
	Internamento recente	3	18,75%				
	Infeção recente	1	6,25%				
	Acamados por um período superior a 3 dias	1	6,25%				
	História recente de TEV	0	0,00%				
Fármacos	Carboplatina	4	25,00%				
	Oxaliplatina	4	25,00%				
	Gemcitabina	2	12,50%				
	Outros	6	37,50%				

Tabela 2. Dados referentes ao Processo de Autocuidado (n=16), no D1 e D8.

	D1		D8				
	n	%	n	%	Comportamentos manifestados	n	%
Educação sobre hidratação	16	100,00%	8	50,00%	Hidratação	11	68,75%
Educação sobre os benefícios da atividade física regular	16	100,00%	10	62,50%	Atividade física	9	56,25%
Ensino sobre sinais e sintomas de TEV	16	100,00%	11	68,75%	Sinais ou sintomas de TEV	0	0%
Identificação de sinais e sintomas de TEV	16	100,00%	6	37,50%			
Educação sobre a cessação tabágica	4	100,00%	3	75,00%			

Tabela 3. Dados obtidos com o preenchimento da SC-II no D1.

CÓDIGO	SECÇÃO A: MANUTENÇÃO DO AUTOCUIDADO							SOMA	PONTUAÇÃO	SECÇÃO B: MONITORIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO					SOMA	PONTUAÇÃO	ITEM 13.
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.			8.	9.	10.	11.	12.			
E1	4	4	3	4	5	4	2	22	53,57	3	3	4	4	3	17	60,00	iii a)
E2	3	3	3	4	4	3	1	21	50	3	3	3	3	2	14	45,00	iii a)
E3	2	1	3	3	4	5	2	20	46,43	1	1	1	1	1	5	0,00	iii b)
E4	4	4	3	2	3	5	3	24	60,71	3	2	3	3	2	13	40,00	i
E5	2	1	3	3	4	5	5	23	57,14	1	1	1	1	1	5	0,00	iii b)
E6	3	3	3	4	4	4	3	24	60,71	3	3	4	3	3	16	55,00	ii
E7	4	4	3	5	5	4	5	30	82,14	4	3	4	3	3	17	60,00	ii
E8	5	4	3	1	1	5	1	20	46,43	2	2	2	2	2	10	25,00	ii
E9	2	5	4	2	5	5	3	26	67,86	5	2	4	4	5	20	75,00	i
E10	4	5	4	4	3	5	1	26	67,86	3	2	2	3	3	13	40,00	ii
E11	5	4	3	3	3	5	1	24	60,71	4	4	4	3	3	18	65,00	iii (a)
E12	5	5	5	5	5	5	5	35	100	5	5	5	5	5	25	100,00	i
E13	2	1	3	3	4	5	5	23	57,14	1	1	1	1	1	5	0,00	iiib)
E14	4	5	4	4	4	4	2	27	71,43	3	4	4	4	3	18	65,00	iiib)
E15	3	2	4	3	2	2	1	17	35,71	2	1	3	3	2	11	30,00	ii
E16	3	5	4	1	5	5	4	27	71,43	5	5	5	5	5	25	100,00	i
Média Secção A:									61,83	Média Secção B:					47,50		
Desvio padrão:									14,87	Desvio padrão:					30,37		

Tabela 4. Dados obtidos com o preenchimento da SC-II no D8.

CÓDIGO	SECÇÃO A: MANUTENÇÃO DO AUTOCUIDADO							SOMA	PONTUAÇÃO	SECÇÃO B: MONITORIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO					SOMA	PONTUAÇÃO	ITEM 13.
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.			8.	9.	10.	11.	12.			
E1	4	4	4	4	4	4	3	27	71,43	4	3	4	4	4	19	70,00	iii (a)
E2	4	5	4	4	4	5	3	29	78,57	5	4	4	4	4	21	80,00	iii c)
E3	2	1	3	3	4	5	2	20	46,43	3	3	3	3	3	15	50,00	iii b)
E4	4	4	3	4	3	5	4	27	71,43	4	4	3	5	4	20	75,00	iii d)
E5	2	2	3	3	4	5	3	22	53,57	1	1	1	1	1	5	0,00	iii c)
E6	4	4	4	4	4	4	3	27	71,43	4	3	4	4	4	19	70,00	iii a)
E7	4	5	4	5	5	4	5	32	89,29	4	3	4	3	3	17	60,00	iii (c)
E8	5	4	4	1	1	5	1	21	50	2	2	2	2	2	10	25,00	iii c)
E9	4	5	4	4	5	5	4	31	85,71	4	4	3	4	5	20	75,00	iii (d)
E10	5	5	5	3	2	5	1	26	67,86	4	4	5	3	4	20	75,00	c
E11	5	4	3	3	3	5	1	24	60,71	4	4	4	3	3	18	65,00	a
E12	5	5	5	5	5	5	5	35	100	5	5	5	5	5	25	100,00	i
E13	2	2	3	3	4	5	5	24	60,71	1	1	2	1	2	7	10,00	iiib)
E14	4	5	4	4	4	4	2	27	71,43	3	4	4	4	3	18	65,00	iiic)
E15	3	2	3	3	4	3	1	19	42,86	3	3	3	3	3	15	50,00	iiia)
E16	4	5	4	2	5	5	4	29	78,57	4	5	5	5	5	24	95,00	i
Média Secção A:									68,75	Média Secção B:					60,31		
Desvio padrão:									15,39	Desvio padrão:					27,01		

SECÇÃO C: GESTÃO DO AUTOCUIDADO					SOMA	PONTUAÇÃO	ITEM 19	SECÇÃO D: ESCALA DE CONFIANÇA DO AUTOCUIDADO										SOMA	PONTUAÇÃO
14.	15.	16.	17.	18.				20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.		
4	4	4	4	4	20	75,00	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	38	70,00
3	3	3	4	4	17	60,00	2	4	3	3	3	3	4	4	3	4	3	34	60,00
1	1	1	4	1	8	15,00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	50,00
2	2	4	1	2	11	30,00	1	4	5	5	3	3	3	3	4	3	3	36	65,00
1	1	1	4	1	8	15,00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	50,00
4	3	3	3	3	16	55,00	4	4	4	2	3	4	3	4	3	4	4	35	62,50
2	1	1	4	1	9	20,00	2	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	35	62,50
1	1	1	1	1	5	0,00	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	25,00
3	4	5	4	5	21	80,00	1	2	5	3	3	3	3	3	4	4	4	34	60,00
4	4	3	3	3	17	60,00	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	37	67,50
5	5	5	5	5	25	100,00	0	3	5	5	4	4	4	4	5	4	4	42	80,00
5	5	5	5	5	25	100,00	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	100,00
1	1	1	4	1	8	15,00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	50,00
5	5	4	5	5	24	95,00	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	46	90,00
4	4	4	3	3	18	65,00	1	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	34	60,00
5	5	5	5	5	25	100,00	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	75,00
Média Secção C:						55,31		Média Secção D:										64,22	
Desvio padrão:						34,03		Desvio padrão:										16,88	

SECÇÃO C: GESTÃO DO AUTOCUIDADO					SOMA	PONTUAÇÃO	ITEM 19	SECÇÃO D: ESCALA DE CONFIANÇA DO AUTOCUIDADO										SOMA	PONTUAÇÃO
14.	15.	16.	17.	18.				20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.		
4	3	3	4	4	18	65,00	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	39	72,50
4	4	5	4	4	21	80,00	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	44	85,00
2	2	2	4	3	13	40,00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	50,00
4	4	4	4	4	20	75,00	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	38	70,00
1	1	1	4	1	8	15,00	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	50,00
4	3	3	5	5	20	75,00	5	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	38	70,00
2	1	1	4	1	9	20,00	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	35	62,50
1	1	1	1	1	5	0,00	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	25,00
4	4	4	5	4	21	80,00	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	42	80,00
5	5	5	5	5	25	100,00	0	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	49	97,50
5	5	5	5	5	25	100,00	3	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	43	82,50
5	5	5	5	5	25	100,00	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	100,00
3	1	2	4	4	14	45,00	3	3	4	3	4	3	4	3	5	3	3	35	62,50
5	5	4	5	5	19	70,00	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	46	90,00
4	4	4	3	3	18	65,00	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	36	65,00
5	5	5	5	5	25	100,00	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	43	82,50
Média Secção C:						64,38		Média Secção D:										71,56	
Desvio padrão:						30,97		Desvio padrão:										18,75	